APF Évasion
Association des Paralysés de France

SÉJOUR DE VACANCES "ENFANCE - JEUNESSE"

Cadre réservé à l'APF

N° D'INSCRIPTION :

Cachet de la délégation, de l'établissement ou du service APF et signature du directeur

Dossier suivi en délégation, en établissement ou en service par :

Nom : .....

Fonction : .....

Ayant droits CGOS : N° .....

Organisme : .....

Lieu du séjour : .....

Nom du séjour : .....

Dates du séjour : .....

Animateur référent : .....

Aide financière ANCV - APF : .....

Nom et prénom de l'enfant :

.....

Nom de son responsable légal si différent : .....

Adresse : .....

.....

Tél. : .....

Mail : ..... @ .....

Date de naissance : ..... / ..... / .....

Nationalité : .....

N° de sécurité sociale et d'affiliation (voir attestation)

Nom de l'assuré : .....

Adresse de la caisse ou de l'organisme assimilé :

.....

..... Tél. : .....

TYPE DE DÉFICIENCE

❑ Motrice
❑ Sensorielle (surdité, cécité)
❑ Mentale
❑ Polyhandicap
❑ Comportementale (mal être hyperactivité, trouble du comportement, carences affectives ou éducatives)

Origine du handicap (Diagnotic médical) :

.....

Année où il a débuté : .....

➥ **Avez-vous déjà participé à un séjour Enfance-Jeunesse ?** ❑ oui ❑ non

Si oui, date et lieu de votre dernier séjour ? .....

SÉJOUR(S) CHOISI(S) (de 1 à 6 par ordre de préférence)

1 : ..... Organisme ..... Code : ..... / ..... du ..... au .....
2 : ..... Organisme ..... Code : ..... / ..... du ..... au .....
3 : ..... Organisme ..... Code : ..... / ..... du ..... au .....
4 : ..... Organisme ..... Code : ..... / ..... du ..... au .....
5 : ..... Organisme ..... Code : ..... / ..... du ..... au .....
6 : ..... Organisme ..... Code : ..... / ..... du ..... au .....

Ou accepterait d'autres propositions de séjours pour un départ : ❑ en juillet ❑ en août

❑ Vacances scolaires hors été, zone scolaire : ..... ❑ Toussaint ❑ Noël ❑ Hiver ❑ Printemps

VOYAGE COLLECTIF

Certains séjours proposent un voyage collectif au départ de certaines villes (voir catalogue) Attention : les fauteuils électriques et manuels non pliants ne peuvent pas être tous acceptés dans les voyages collectifs. Contacter l'organisateur.

- Le jeune souhaite participer au voyage collectif : ❑ oui ❑ non

au départ de .....

- Il ou elle est titulaire d'un avantage tierce personne* : ❑ oui ❑ non

*mention apposée sur la carte d'invalidité par la MDPH

Veuillez agrafer une photo récente
et prise en entier
Cette photo sera conservée par le
service APF Evasion.

• L'enfant (ou l'adolescent) vit :

❑ en famille ❑ toute l'année
❑ en famille d'accueil ❑ vacances scolaires
❑ week-end

❑ en établissement ❑ toute l'année
❑ internat ❑ vacances scolaires
❑ externat ❑ week-end

• L'enfant (ou l'adolescent) est suivi par un établissement ou un service spécialisé : ❑ oui ❑ non
Si oui, inscrire les coordonnées de l'établissement ou du service : .....

.....

.....

.....

Tél. : ..... Fax : .....
Nom et fonction de la **personne référente** au sein de l'établissement ou du service (obligatoire) : .....

.....

Cachet :

Merci de cocher les cases des situations correspondant le mieux. Plusieurs réponses sont possibles. N'hésitez pas a rajouter des détails dans la partie "informations que vous souhaitez…" en fin de dossier.

GOÛTS ET TALENTS

• Indiquer les passe-temps et loisirs favoris du jeune (ex : dessins, peintures, lecture, modelage, travaux manuels, expression corporel, informatique, balade…) : .....
• Pratique d'activités sportives (même occasionnelles) : .....
• Joue-t-il d'un instrument de musique : .....
• Peut-il nager ? ❑ seul(e) ❑ avec une aide ❑ avec une bouée
• Peut-il : ❑ lire ❑ écrire (même avec difficultés) ❑ compter (même avec difficultés)
• En quelle classe est-il ? Si classe adaptée, mettre l'équivalence Éducation Nationale .....
• Quels sont ses souhaits particuliers pour ses vacances ?
➠ En terme de loisirs : .....

.....

.....

➠ En terme de destination (mer, campagne, montagne, ville) : .....

.....

LA VIE EN GROUPE

• L'enfant ou l'adolescent participe-t-il facilement à la vie de groupe ? ❑ oui ❑ non
• Quelles sont ses relations aux autres ?(isolé, possessif, observateur…) .....

.....

.....

• Doit-on l'inciter à faire des efforts particuliers ? ❑ oui ❑ non
➠ Si oui dans quels domaines doit-il être stimulé ? .....
➠ Quel conseils donneriez-vous pour qu'il trouve sa place dans le groupe ? .....

.....

.....

ATTITUDES ET COMPORTEMENT

• Le jeune est-il sujet à des troubles du comportement, sautes d'humeur… ? ❑ oui ❑ non

Si oui merci de nous préciser :

➠ Ce qui caractérise le trouble ou "la crise" (automutilation, cris, isolement, mise en danger, agressivité…) : .....

.....

.....

.....

.....

➠ Ce qui déclenche ou peut déclencher "la crise" : .....

.....

.....

.....

.....

➠ Ce qui peut calmer, arrêter "la crise" : .....

.....

.....

.....

.....

• Quels sont les signes extérieurs qui peuvent aider à déceler une douleur ou un malaise ? .....

.....

.....

.....

.....

RYTHME DE VIE

• L'enfant est-il facilement fatigable ? ❑ oui ❑ non

LE JOUR

• Vers quelle heure a t-il l'habitude de se réveiller ? ..... h .....

• Le temps de repos allongé quotidien (sieste) est il indispensable ? ❑ oui ❑ non

• En dehors de la sieste doit-il rester allongé ? ❑ oui ❑ non

➠ Si oui combien de temps : ..... et à quel moment de la journée : .....

LA NUIT

• De combien d'heures de sommeil a t-il besoin en moyenne ? ..... h

• Doit-on avoir une attention particulière au temps de sommeil ? ❑ oui ❑ non

• A t-il besoin d'une surveillance particulière ? ❑ oui ❑ non

➠ Si oui laquelle : .....

• Comment doit-il être allongé ? ❑ sur le dos ❑ sur le ventre ❑ peu importe
❑ sur le côté ❑ droit ❑ gauche

• Doit-il changer de position durant son sommeil ? ❑ oui ❑ non

➠ Si oui indiquer la fréquence des retournements ? .....

Est-il souhaitable que le lit ait des "bas-flancs" ? ❑ oui ❑ non

COMMUNICATION

❑ a l'usage de la parole (préciser) ❑ ordinaire ❑ difficile ❑ très difficile

❑ n'a pas l'usage de la parole

➥ Utilise des accessoires de communication : ❑ oui ❑ non

Si oui lesquels* : ❑ pictogrammes ❑ alphabet ❑ syntèse vocale

➥ Possède son propre langage (code), par signes ou onomatopées : ❑ oui ❑ non

(Si oui, merci de nous communiquer avant le séjour une note explicative*et de l'emporter sur le lieu de séjour).

A-t-il un déficit de communication ? ❑ oui ❑ non

➠ Si oui de quel ordre? .....

.....

.....

AUTONOMIE DE DÉPLACEMENT

➥ L'enfant ou l'adolescent peut marcher :

❑ seul(e) pendant ..... h ..... mn
❑ allure ordinaire (pas d'atteinte des membres inférieurs)
❑ monter et descendre seul(e) les escaliers
❑ utilise des cannes ou des béquilles
❑ utilise parfois un fauteuil (préciser les conditions d'utilisation du fauteuil dans le paragraphe ci-dessous).

❑ avec l'aide de quelqu'un
❑ lentement
❑ monter et descendre seul(e) quelques marches
❑ utilise un déambulateur

➥ L'enfant ou l'adolescent utilise un fauteuil :

❑ en permanence (à préciser)
❑ ne peut pas se tenir debout
❑ a un appui plantaire (transfert ...)
❑ occasionnellement pour les sorties et il emportera son fauteuil sur le lieu du séjour

- manœuvre seul(e) son fauteuil manuel
  ➥ à l'intérieur : ❑ oui ❑ non ➥ à l'extérieur : ❑ oui ❑ non
- manœuvre seul(e) son fauteuil électrique
  ➥ à l'intérieur : ❑ oui ❑ non ➥ à l'extérieur : ❑ oui ❑ non

➥ L'enfant ou l'adolescent viendra avec : Rayer la mention inutile*

❑ son fauteuil roulant manuel pliant / non pliant*
❑ son fauteuil roulant électrique pliant / non pliant*

Dimensions du fauteuil non pliant Hauteur : ..... cm Largeur : ..... cm
ou du manuel s'il n'est pas pliant Profondeur : ..... cm Poids : ..... kg
Coordonnées du réparateur .....
..... Tél. : .....

GESTES DE LA VIE QUOTIDIENNE

➥ L'enfant ou l'adolescent utilise ses membres supérieurs :

Motricité des bras :
❑ ordinaire
❑ mouvements athétosiques (incontrôlés)
❑ peu de force (ne peut pas soulever d'objets lourds)

Motricité des mains :
❑ ordinaire
❑ peu de motricité fine (difficulté dans les gestes demandant de la précision)
❑ peu de force

Préciser ce que l'enfant ou l'adolescent peut faire a son rythme :

• Se lève et se couche	❑ seul(e)	❑ aide partielle	❑ aide totale
• Fait sa toilette (lavabo)	❑ seul(e)	❑ aide partielle	❑ aide totale
• Se douche ou se baigne	❑ seul(e)	❑ aide partielle	❑ aide totale
• Se rase (si nécessaire)	❑ seul(e)	❑ aide partielle	❑ aide totale
• S'habille	❑ seul(e)	❑ aide partielle	❑ aide totale
• Mange	❑ seul(e)	❑ aide partielle	❑ aide totale

❑ avec des couverts ordinaires ❑ uniquement à la cuillère ❑ avec ses propres couverts*

• Boit	❑ seul(e)	❑ aide partielle	❑ aide totale

*(à emporter sur le lieu du séjour)

❑ au verre ❑ avec une pipette ou une paille ❑ avec son propre gobelet*

• Y a-t-il des précautions à prendre pour porter et installer l'enfant ? ❑ oui ❑ non

➥ Si oui, préciser : .....
.....
.....
.....
.....

MATÉRIEL

• A-t-il besoin d'appareils particuliers ou de prothèses le jour ? ❑ oui ❑ non

➠ Si oui de quel type : .....

➠ Quelle est la fréquence du port : .....

• A-t-il besoin d'appareils particuliers ou de prothèses la nuit ? ❑ oui ❑ non

➠ Si oui de quel type : .....

➠ Quelle est la fréquence du port : .....

Merci de joindre le mode d'emploi de la pose si nécessaire.

• A-t-il besoin d'une verticalisation journalière ? ❑ oui ❑ non

➠ Si oui préciser : la fréquence : ..... fois par semaine

et le temps d'utilisation : ..... h a chaque fois

• Quelle est la quantité de matériel nécessaire (non fourni par le séjour) :

..... protections menstruelle

..... protections urinaire par jour

..... sondes urinaire par jour

..... étuis pénien par jour

• Quel autre matériel apportera t-il sur le lieu du séjour ? .....

.....

• A-t-il besoin de matériel de location sur place ? ❑ oui ❑ non

➠ Si oui lequel ? (merci de fournir la prescription) : .....

.....

CONFORT PERSONNEL

❑ n'a aucune difficulté pour la miction ou pour aller à la selle

❑ a des difficultés pour la miction ou pour aller à la selle

S'il y a des difficultés, merci de compléter le questionnaire ci-dessous

• Mode de miction :

❑ normal (sur wc) ❑ bassin ou "pistolet" ❑ étui pénien (ou vulvaire) + poche d'urine

❑ sondage, ... fois par jour (effectué par un tiers)

❑ auto-sondage, ... fois par jour (assuré seul(e))

❑ sonde à demeure : fréquence du remplacement : .....

❑ stomie urinaire (urétérostomie...) : fréquence du remplacement : .....

❑ protection (couches, alèses...) autres, préciser : .....

• Quelque soit le mode de miction :

❑ assure seul(e) en toute circonstances (voyage...)

❑ aide partielle ou dans certains cas (préparation du matériel)

❑ aide importante ou totale (assuré par un tiers)

• Cependant des "fuites" peuvent survenir :

❑ jamais ou exeptionnellement

❑ assez fréquemment ❑ la nuit

❑ tous les jours ou presque ❑ le jour

L'enfant ou adolescent suit-il un programme de rééducation urinaire ? ❑ oui ❑ non

• Mode de défécation :

❑ normal (sur wc) ❑ sur bassin

❑ utilise des produits locaux (type microlax©) Si oui, à quelle fréquence : .....

❑ exonération digito-rectal (doigtier), ... fois par jour ou ..... fois par semaine

❑ par l'enfant ou l'adolescent ❑ par un tiers

❑ stomie digestive : fréquence du remplacement : .....

❑ protection car incontinence

• Quelque soit le mode de défécation :

❑ assure seul(e) ❑ aide partielle ou dans certains cas ❑ aide importante ou totale

• Cependant des "fuites" peuvent survenir :

❑ jamais ou exeptionnellement ❑ assez fréquemment ❑ quotidiennement ou presque

❑ le jour ❑ la nuit

ALIMENTATION

- **Mode d'alimentation** ❑ ordinaire ❑ mixée ❑ hachée menue ❑ entérale
- Y a-t-il des aliments à éviter à tout prix ? ❑ oui ❑ non

➠ Si oui, lesquels : .....

➠ Et pourquoi ? : .....

- L'enfant ou l'adolescent est-il sujet aux fausses routes ? ❑ oui ❑ non

➠ Si oui, il y a-t-il des "trucs" pour les éviter ? : .....

- Suit-il un régime alimentaire ? ❑ oui ❑ non

➠ Si oui : ❑ rigoureux ❑ souple

➠ Merci de préciser le type de régime (hypocalorique, sans sel, ...) : .....

- En cas d'alimentation entérale, merci de préciser :

➠ La fréquence ❑ le jour ❑ uniquement
❑ la nuit ❑ uniquement
❑ le jour et la nuit

➠ Le jeune s'alimente t-il aussi par voie orale ? ❑ oui ❑ non

➠ Le jeune viendra-t-il avec son matériel et son alimentation ? ❑ oui ❑ non

Si non, merci de nous préciser qui contacter à ce sujet ? .....

.....

.....

ÉPILEPSIE ÉVENTUELLE

❑ n'est pas sujet aux crises d'épilepsies

❑ est sujet aux crises d'épilepsies

➠ Merci d'en préciser la fréquence (joindre copie de l'ordonnance ou du protocole le cas échéant) : .....

Conseils en cas de crise : .....

.....

.....

AUTONOMIE RESPIRATOIRE

❑ n'a aucun problème respiratoire

❑ doit faire attention (sensibilité aux infections, précautions altitude ou effort - Kiné)

Préciser : .....

❑ est trachéotomisé(e) (actuellement)

❑ a de l'oxygène de façon intermittente ou permanente

Préciser : .....

❑ a une ventilation nocturne assistée (respirateur) : nocturne/permanente

Préciser : .....

Pour toute assistance respiratoire, merci de joindre au dossier d'inscription, une note explicative.

MÉDICAL ET PARAMÉDICAL

❑ Kinésithérapie

Nature des séances : ..... fréquence : ..... fois par semaine

Peuvent-elles être interrompus pendant le séjour ? ❑ oui ❑ non

❑ Soins infirmiers

Nature des soins : ..... fréquence : ..... fois par semaine

Peuvent-ils être interrompus pendant le séjour ? ❑ oui ❑ non

❑ Médicaments prescrits par le médecin :

❑ au lever ❑ au petit déjeuner ❑ au déjeuner
❑ au goûter ❑ au dîner ❑ au coucher

Le jeune gère-t-il la prise de son traitement seul ? ❑ oui ❑ non

Merci de joindre à ce dossier une copie de la (des) prescription(s) et de mettre l'original ainsi que la quantité nécessaire de médicaments dans la valise du jeune. Merci de préparer un pilulier pour les premiers jours du séjour.

TROUBLES ASSOCIÉS ET AUTRES DÉFICIENCES

DÉFICIENCE MENTALE

- Le jeune comprend t-il une consigne simple ? (règle d'un jeu, consignes de sécurité) ❑ oui ❑ non
- A-t-il la notion du danger ? ❑ oui ❑ non

Si non, quelles précautions particulières pouvez-vous conseiller à l'équipe encadrement ? : .....

.....

.....

.....

.....

- A-t-il la notion du temps ? ❑ oui ❑ non
- A-t-il la notion de l'espace ? Sait-il se repéré dans un lieu ? Dans un groupe ? ❑ oui ❑ non
- Sur combien de temps peut-on mobiliser sa concentration :
  - ❑ aucune concentration possible
  - ❑ quelques minutes
  - ❑ 1 heure
  - ❑ plus d'1 heure
- Si le jeune a un retard de développement ou d'acquisition, à quelle tranche d'âge diriez-vous qu'il se rapproche le plus :
  - Physiquement (taille, puberté…) : ..... ans
  - Intellectuellement : (lecture, écriture, logique…) : ..... ans
  - Dans ses centres d'intérêts : (jeux, habitudes…) : ..... ans

DÉFICIENCE VISUELLE

- Quel est le degré de déficience visuelle du jeune :
  - ❑ non-voyant ❑ gauche ❑ droit
  - ❑ malvoyant ❑ gauche ❑ droit
  - ❑ ne voit pas de près ❑ ne voit pas de loin
  - ❑ ne voit pas les reliefs ❑ ne voit pas les couleurs
  - Autre : .....
- Le jeune porte t-il des lentilles de contact ? ❑ oui ❑ non
- ➠ Si oui, gère-t-il la pose et l'entretien seul ? ❑ oui ❑ non
- Le jeune porte t-il des lunettes ? ❑ oui ❑ non
- Le jeune viendra t-il avec une paire de lunettes de "secours" ? ❑ oui ❑ non
- A quels moments de la journée ou pour quelles activités l'enfant doit-il porter lunettes ou lentilles ? : .....

.....

.....

- Comment se déplace t-il ?
  - ❑ seul à l'aide d'une canne blanche
  - ❑ au bras de quelqu'un
  - ❑ seul quand il connaît les lieux
  - ❑ toujours accompagné

DÉFICIENCE AUDITIVE

- Quel est le degré de déficience auditive du jeune ?
  - ❑ non-entendant ❑ gauche ❑ droit
  - ❑ malentendant ❑ gauche ❑ droit
- Le jeune porte-il une prothèse auditive : ❑ oui ❑ non ❑ gauche ❑ droit
- Le jeune porte-il des implants Cochléaires : ❑ oui ❑ non ❑ gauche ❑ droit
- Quel entretien doit-on mettre en place (nettoyage, changement pile…) ? A quelle fréquence) ? .....

.....

.....

- Dans sa communication avec les autres, le jeune :
  - ❑ lit sur les lèvres
  - ❑ utilise le langage des signes
  - ❑ utilise une gestuelle propre et simple
  - ❑ parle
  - ❑ n'a aucun moyens de communication

INFORMATIONS QUE VOUS SOUHAITEZ COMMUNIQUER AUX PERSONNES QUI ACCUEILLERONT LE JEUNE PENDANT SES VACANCES

.....

.....

.....

.....

.....

EN CAS D'URGENCE PENDANT LE SÉJOUR, NOUS POURRONS JOINDRE

Attention, il est nécessaire de nous communiquer les coordonnées de personnes joignables pendant le séjour

➥ Nom - Prénom : ..... Si lien de parenté : quel est ce lien .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : ..... Tél. : .....

➥ **Médecin traitant**

Nom - Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : ..... Tél. : .....

➥ **Médecin et/ou service spécialisé**

Nom - Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : ..... Tél. : .....

PIÈCES À JOINDRE AU DOSSIER OBLIGATOIREMENT

❑ Photocopie de la carte d'invalidité.
❑ Photocopie de la carte d'assuré(e) social(e) et de l'attestation.
❑ Le dossier médical (feuillet joint).
❑ Copie des prescriptions médicales (médicaments, soins kiné ou IDE, location de matériel…).
❑ Si l'enfant se rend sur le séjour avec son fauteuil roulant électrique, la photocopie de l'assurance du fauteuil.
❑ Le dossier de demande d'aide aux projets vacances ANCV si vous souhaitez obtenir cette aide financière.
❑ Le chèque des frais d'inscription (cf. pages générales du catalogue).
❑ Une copie de votre carte d'adhérent à l'APF.

Je soussigné(e) (nom et prénom) : .....

Domicilié(e) (adresse et tél.) : .....

.....

.....

agissant en qualité de représentant légal* de l'enfant (ou de l'adolescent) déclare avoir rempli avec objectivité ce dossier. je m'engage à lire et respecter les conditions générales et particulières de l'organisme de vacances qui accueillera le jeune. Je m'engage à régler directement l'organisme de vacances ou à lui fournir les originaux de prises en charge (Bons CAF, bons vacances…).
Autorise les responsables du séjour de vacances, après consultation d'un médecin en cas d'urgence, à faire tous les soins médicaux que nécessiterait l'état de santé de l'enfant (ou de l'adolescent), **à le faire hospitaliser et opérer en cas d'absolue nécessité.** Déclare qu'il n y a pas d'interdiction à suivre les activités du séjour (à l'exception des réserves émises sur le certificat médical). et autorise l'enfant ou adolescent à participer à des minis camps de 2 à 3 jours maximum en camping aménagé (si cette activité est possible lors du séjour).
Si mon enfant vient au séjour avec un fauteuil roulant électrique, il apportera également et impérativement un fauteuil manuel.

* ❑ père ❑ mère ❑ tuteur ❑ autre, précisez : .....

Certifié exact, lu et approuvé, à ..... le ..... 20.....

Signature

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à traiter votre demande de départ en vacances. Les destinataires des données sont : le correspondant de la structure APF qui vous accompagne dans la constitution de ce dossier, les membres d'APF Evasion au siège national de l'APF, ainsi que le personnel de l'organisme de vacances sollicité. Conformément à la loi "informatique et liberté" du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser à APF Evasion, Séjours Enfance - Jeunesse, 17, boulevard Auguste Blanqui, 75013 PARIS.

UTILISATION DE L'IMAGE

Il se peut que des photographies soient prises pendant ce séjour dans le but d'être utilisées pour certaines parutions internes à l'organisme de vacances ou comme illustrations de nos outils de communications extérieures. Si vous ne souhaitez pas que ces images soient utilisées, merci de bien vouloir le mentionner ci-après.

❑ j'accepte que ces images soient utilisées
❑ je n'accepte pas que ces images soient utilisées

Signature :

*Impression : APF Entreprises **3i concept** - Imprim'Vert - 02 98 59 58 09*